

ПРОГРАММИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМ ПАНКРЕАТИТОМ

Д.С. Ибраимов, Ж.Ж. Эсенбаев, Жусуп уулу У.

Кыргызская Государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева,
Кафедра хирургии общей практики с курсом комбустиологии
г. Бишкек, Кыргызская Республика

doctor.ibraimov@gmail.com

zhanybek.esenbaev@gmail.com

j.ulan91@mail.ru

Резюме. Представлены результаты программированного лечения у 127 больных острым панкреатитом, с учетом степени тяжести эндотоксикоза, с определением уровня амилазы крови, С-реактивного белка, прокальцитонина, альбумина и результатами ультразвукового исследования. На основании выполненных исследований больные были разделены на три группы: легкая степень эндотоксикоза определена у 27 (21,3%), средняя степень тяжести у 57 (44,9%) и тяжелая у 43 (33,8%). Улучшения результатов лечения больных с острым панкреатитом можно добиться при использовании программированного лечения, с учетом воздействия на все звенья этиопатогенеза данного заболевания. Степень тяжести эндотоксикоза необходимо определять не только при поступлении больного, но и в динамике течения заболевания. Консервативное лечение использовано у 117 и оперативное у 10 больных. Умерла 1 больная (0,8 %).

Ключевые слова: поджелудочная железа, острый панкреатит, консервативное и оперативное лечение, осложнения, летальность.

КУРЧ ПАНКРЕАТИТ МЕНЕН ООРУГАН БЕЙТАПТАРДЫ ПРОГРАММАЛЫК ДАРЫЛОО

Д.С. Ибраимов, Ж.Ж. Эсенбаев, Жусуп уулу У.

И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы,
Жалпы хирургия кафедрасы комбустиология курсу менен
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду. Макалада эндотоксикоздун оордугун эске алуу жана кандагы амилазанын, С-реактивдүү белоктун, прокальцитониндин, альбуминдин денгээлин аныктоо жана ультра-үндүү изилдөөнүн натыйжаларын көрсөтүү менен 127 бейтаптын курч панкреатитин дарылоонун натыйжалары берилген. Жүргүзүлгөн изилдөөлөрдүн негизинде бейтаптар үч топко бөлүндү: 27де эндотоксикоздун жеңил даражасы (21,3%), 57синде орточо даража (44,9%) жана 43үндө (33,8%) оор деп табылган. Курч панкреатит менен ооругандарды дарылоонун натыйжаларын жакшыртууга бул оорунун этиопатогенезинин бардык звенолоруна тийгизген таасирин эске алуу менен программаланган дарылоону колдонуу менен жетишүүгө болот. Эндотоксикоздун оордугу бейтапты кабыл алууда гана эмес, ошондой эле оорунун жүрүшүнүн динамикасында да аныкталууга тийиш. 117 бейтапта консервативдик дарылоо, 10 бейтапта хирургиялык дарылоо колдонулган. 1 бейтап (0,8%) өлүмгө учураган.

Негизги сөздөр: уйку беши, курч панкреатит, консервативдик жана хирургиялык дарылоо, татаалдашуу, өлүм.

PROGRAMMED MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ACUTE PANCREATITIS

D.S. Ibraimov, Zh.Zh. Esenbaev, Zhusup uulu U.

Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev,
Department of General practice surgery with a course of combustiology
Bishkek, Kyrgyz Republic

Summary. The results of the programmed treatment of acute pancreatitis in 127 patients according to severeness of endotoxiosis, with the determination of the level of blood amylase, C-reactive protein, procalcitonin, albumin, and the results of ultrasound examination are presented. Based on the studies performed, the patients were divided into III groups: a mild degree of endotoxiosis was determined in 27 (21.3%), moderate in 57 (44.9%) and severe in 43 (33.8%). Programmed treatment of acute pancreatitis improves results, impacting to whole etiopathogenesis of this disease. The severity of endotoxiosis must be determined not only upon admission of the patient, but also during the course of the disease. 117 patients treated conservatively, 10 run surgery, 1 died (0.8%).

Key words: pancreas, acute pancreatitis, conservative and operative treatment, complications, mortality.

Введение. Острый панкреатит тяжелое заболевание, эффективность лечения которого зависит от формы морфологических изменений в поджелудочной железе, сроков госпитализации от начала заболевания и объема комплексного лечения [1,2,3,4]. Все исследователи отмечают существенный рост заболеваемости острым панкреатитом, особенно заслуживает внимания деструктивные формы, лечение которых очень сложное и далеко не всегда эффективное [5,6,7]. С появлением новых технологий улучшилась диагностика панкреатита, а эффективность лечения повысилась незначительно.

В последние годы изменились подходы к лечению этого тяжелого заболевания. Если ранее отдавали предпочтение оперативному лечению, но оно не улучшило результаты лечения, то в настоящее время многие хирурги широко используют медикаментозное лечение и лапароскопию, которая способствует уточнению диагноза и в тоже время является лечебным мероприятием, обеспечивающим борьбу с интоксикацией и нередко предотвращающим прогрессирование деструктивного процесса [8,9,10,11,12]. В

литературе представлены результаты лечения острого панкреатита и при этом обращает на себя внимание большой удельный вес больных с деструктивными формами при которых летальность достигает 22-25% и выше, очень часто возникают различные осложнения (кровотечения, перитонит, свищи и др.) лечение которых очень длительное и не всегда успешное [13,14,15]. Идут поиски более эффективных методов лечения.

Цель исследования – представить результаты лечения больных с острым панкреатитом при использовании программированного лечения.

Материалы и методики обследования

Под наблюдением находилось 127 больных, поступивших в хирургические отделения ГКБ №1 г. Бишкек с 2015 по 2021 год включительно. Из них женщин 66, мужчин 61, возраст колебался от 32 до 68 лет, а давность заболевания от 6 часов до 6 суток, но большинство больных поступило со сроком заболевания от 24 до 72 часов. Основной причиной болезни большинство отметили прием жирной пищи в большом количестве, а 24 больных (18,9%) заболевание связывали с приемом алкоголя. Сопутствующие заболевания выявлены у 28

ВОПРОСЫ ХИРУРГИИ

больных (22,1%) в основном гипертоническая болезнь (12 чел.), коронарная болезнь сердца (6 чел.), хронический гепатит (2), атеросклероз (6), сахарный диабет (2).

При поступлении больных назначали антисекреторную, антиферментную, спазмолитическую и инфузионную терапию, адекватное обезболивание, в первые же часы определяли степень эндогенной интоксикации и с ее учетом выполняли лечебные меры. Для определения степени

эндотоксикоза использовали критерии, разработанные Р.А. Оморовым и У.Д. Имашовым (2000) и дополненные нами уровнем амилазы и прокальцитонина крови, С-реактивного белка, альбумина и результатами УЗИ (табл. 1). Клинические критерии эндотоксикоза и общий анализ крови и мочи, ультразвуковое исследование поджелудочной железы проводили сразу в момент поступления, а остальные лабораторные показатели в течение суток.

Таблица 1 – Критерии степени тяжести эндотоксикоза

Критерии	Степень тяжести эндотоксикоза		
	легкая	средняя	тяжелая
Клинические критерии			
Частота дыхания в мин.	до 18	до 25	более 25
Частота сердечных сокращений в мин.	до 100	до 110	более 110
Артериальное давление	стабильное	стабильное	не стабильное
Длительность заболевания	до 3 суток	до 7 суток	более 7 суток
Токсическая энцефалопатия	общая слабость, раздражительность	бессонница, сонливость, чувство страха	заторможенность, сопор
Диурез	достаточный	достаточный со стимуляцией	олигоурия
Функция кишечника	есть	есть при стимуляции	есть временно
Общий билирубин, мкмоль/л	до 50	от 50 до 150	выше 150 мкмоль
Тимоловая проба, ед	до 6,2	от 6,2 до 8,0	выше 8,0
Креатинин, мкмоль/л	до 100	от 100 до 150	150 и выше
АЛТ, мккат/л	до 0,12	до 0,20	более 0,20
АСТ, мккат/л	до 0,10	до 0,15	более 0,15
Прокальцитонин	до 0,5 нг/мл	до 2 нг/мл	8 нг/мл и выше
ЛИИ	до 4,0	4,1-5,0	5,1-6,0
Диастаза крови Ед/л	до 400	от 400 до 800	выше 800
Альбумин, г/л	до 55	от 55 до 45	менее 45
Результаты УЗИ	железа увеличена, структура однородная, уплотнена	железа увеличена, структура не однородная, наличие выпота в сальниковой сумке	железа увеличена, структура не однородная, определяются очаги некроза, выпот в брюшной полости и в сальниковой сумке

В обследовании больных, помимо общеклинических исследований (анализ крови и мочи, свертываемость, электрокардиография) определяли функциональное состояние печени и почек (билирубин, трансаминазы – АСТ, АЛТ, общий белок, мочевины, креатинин), исследовали уровень амилазы и прокальцитонина крови, экссудата, альбумина сыворотки крови, С-реактивный белок, ультразвуковое исследование поджелудочной железы и органов брюшной полости.

Полученные результаты исследования обработаны с вычислением средней арифметической (M), средней квадратичной (G) и ошибки ряда (m) степень достоверности определяли по t- критерию таблицы Стьюдента.

На основании выполненных исследований легкая степень эндотоксикоза определена у 27 (21,3%), средняя степень тяжести у 57 (44,9%) и тяжелая у 43 (33,8%). Объем лечения выполняли с учетом степени тяжести эндотоксикоза.

При легкой степени тяжести эндотоксикоза выполняли базисный лечебный комплекс, который включал голод, назогастральное зондирование с аспирацией желудочного содержимого и промывание озонированным раствором хлорида натрия с концентрацией озона 8-10 мкг/мл; локальная желудочная гипотермия, спазмолитическая терапия и адекватное обезболивание (папаверин, платифиллин, дротаверин, кетонал, анальгин), антиферментную терапию (контрикал, гордокс, трасилол), инфузионную терапию в объеме 40 мл на 1 кг массы тела больного с форсированным диурезом в течение 24-48 часов.

При средней степени тяжести эндотоксикоза лечение включало антисекреторную терапию (октреотид-сандостатин 0,5 мл x 1 раз в сутки, квамател или омепразол 40 мг x 2 раз в сутки, антибиотики широкого спектра действия (цефалоспорины III-IV поколения,

фторхинолоны II-III поколений в сочетании с метронидазолом), для подавления секреторной активности назначали цитостатик 5 – фторурацил 10 мг/кг массы тела на 0,9% NaCl внутривенно капельно медленно, реологические препараты (гепарин, реополиглюкин, рефортан), антиферментная терапия (контрикал не менее 50 тыс. ед, гордокс не менее 500 тыс. ед. внутривенно, препараты стимулирующие функцию ЖКТ (метоклопрамид, церукал, перунорм), адекватное обезболивание (кеторолак, кеторол, кетонал) и опиоидных (трамадол) анальгетиков, внутривенное введение глюкозо-новокаиновой смеси, паранефральная новокаиновая блокада. При выявлении жидкости в сальниковой сумке – пункция под контролем УЗИ.

Лечение больных с тяжелой степенью эндотоксикоза включало также адекватное обезболивание и борьбу с парезом кишечника (применение перидуральной анестезии) массивную антисекреторную и антиферментную и антибиотикотерапию, продолжение базисной инфузионно-трансфузионной терапии, направленной на восполнение водно-электролитных, энергетических и белковых потерь, иммунокоррекционную (ронколейкин по 0,5-1 мг разведенный на 0,9% физиологическом растворе натрия хлорида внутривенно медленно, внутривенное ежедневное введение озонированных растворов хлорида натрия с концентрацией озона 3-4 мкг/мл).

При выявлении осложнений острого панкреатита выполняли хирургическое лечение: интраоперационно орошали сальниковую сумку, ввели интрадуктально 5-фторурацил в малых дозах разведенный на физиологическом растворе натрия хлорида (Вирсунгов проток), после аспирации панкреатического сока. А также дренирование сальниковой сумки, лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости, абдоминализация поджелудочной железы с использованием

системы орошения, дренирование забрюшинного пространства и брюшной полости. При оперативном лечении в комплекс мер включали региональную антибиотиколимфотропную стимуляцию через круглую связку печени и интрапортальное введение медикаментозных через реканализированную пупочную вену, эти меры позволяют не только ликвидировать интоксикацию, но и стимулировать защитные функции организма.

К выбору объема лечения подходили строго индивидуально с учетом клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования.

Результаты и их обсуждение

При легкой степени тяжести эндотоксикоза больных с острым панкреатитом при выполнении запланированного объема медикаментозной терапии у 25 больных отмечена положительная динамика: уменьшился, а затем исчез болевой синдром, восстановлена моторика желудочно-кишечного тракта, улучшились показатели крови: снизился лейкоцитоз, нормализовались показатели лейкоцитарной формулы, снизился уровень амилазы в сыворотке крови до нормы и больные выписаны в удовлетворительном состоянии, пребывание в стационаре составило 6-8 койко-дней.

У 2 больных, несмотря на проводимый комплекс лечения, состояние ухудшилось, повысилось количество лейкоцитов, ЛИИ составил 4,8 и 4,3, а при поступлении был 3,2, повысилось содержание амилазы в сыворотке крови, а при УЗИ в сальниковой сумке выявлен выпот. Под контролем УЗИ выполнена пункция, получена серозная жидкость, в которой амилаза составила 1062,2-1112,4 единиц, усилена антибактериальная и антиферментная терапия, состояние улучшилось и при нормализации лабораторных показателей они выписаны в удовлетворительном состоянии.

Вторую группу составили больные со средней степенью тяжести эндотоксикоза, их было 57 (44,9%). Эта группа больных получала объем медикаментозной терапии, предусмотренный программой лечения. В процессе лечения неоднократно выполняли лабораторные и УЗИ, чтобы судить о динамике процесса в поджелудочной железе. У 50 пациентов под влиянием лечения состояние постепенно улучшилось, нормализовалась температура, улучшились показатели крови, а при УЗИ данных за деструктивный процесс не выявлено.

У 3 пациентов на 7-8 сутки от начала лечения отмечено ухудшение состояния: повысилась температура, вновь появились боли в области эпигастрия, усилилась слабость. При УЗИ выявлено наличие жидкости в сальниковой сумке, под контролем УЗИ выполнена пункция, получена серозно-геморрагическая жидкость с высоким содержанием амилазы, после аспирации в полость сальниковой сумки вводили 5-фторурацил в малых дозах разведенный на 0,9% физиологическом растворе натрия хлорида, а затем усилена противовоспалительная, антибиотико- и антиферментная терапия, что позволило добиться выздоровления.

У 4 больных, несмотря на выполнение комплексной терапии состояние ухудшилось, отмечена тяжелая степень тяжести эндотоксикоза, и при контрольном УЗИ выявлено наличие жидкости не только в сальниковой сумке, но и в брюшной полости, им было выполнено лапароскопическое дренирование, получена темно-багрового цвета жидкость и при ревизии брюшной полости обнаружены пятна жирового некроза (стеариновые бляшки). Брюшная полость дренирована и осуществлялось орошение озонированными растворами хлорида натрия с концентрацией озона 8-10мкг/мл и введение озонированных растворов внутривенно по 400мл с концентрацией озона 3-4мкг/мл. У двух больных удалось предотвратить прогрессирование процесса в

поджелудочной железе, и они были выписаны в удовлетворительном состоянии, а у 2 при УЗИ выявлено наличие секвестров, что явилось показанием для операции.

Под эндотрахеальным обезболиванием, верхнесрединным доступом вскрыта брюшная полость, выпот максимально удален, вскрыта сальниковая сумка, секвестры удалены, орошение сальниковой сумки 5-фторурацилом в малых дозах разведенный на 0,9% физиологическом растворе натрия хлорида, и операция была завершена дренированием сальниковой сумки и забрюшинного пространства с наложением оментобурсостомы. Через двухпросветные дренажи осуществляли промывание 5-фторурацилом, озонированными растворами и продолжали объем медикаментозной терапии, направленной на предотвращение прогрессирования процесса. Оба пациента выписаны в удовлетворительном состоянии, но после длительного стационарного лечения.

Наиболее тяжелую группу составили больные с тяжелой степенью тяжести эндотоксикоза, их было 43 и они сразу госпитализированы в отделение реанимации, где им выполнялся весь объем медикаментозной терапии. Больные этой группы получали более широкий объем терапии. Несмотря на тяжесть состояния мы в этой группе придерживались активно-выжидательной тактики. При поступлении сразу начинали массивную антисекреторную и антиферментную терапию и инфузионно-трансфузионную и антибактериальную и симптоматическую терапию. У ряда пациентов (14 чел.) использовано лапароскопическое дренирование брюшной полости, которое оказывало существенное влияние на течение заболевания, а главное снижались явления эндотоксикоза. Выполняли УЗИ для оценки состояния поджелудочной железы и своевременного выявления осложнений острого панкреатита. В результате

комплексного лечения у 33 удалось добиться улучшения состояния, а у 7 больных возникла необходимость в выполнении оперативного вмешательства. При этом были произведены следующие операции: абдоминализация поджелудочной железы у 2, абдоминализация с перитонеальным диализом, дренированием забрюшинного пространства и брюшной полости у 3, дренирование сальниковой сумки у 2 пациентов.

Срок стационарного лечения этой группы больных был велик и колебался от 18 до 38 койко-дней.

Из 43 больных с тяжелой степенью эндотоксикоза умерла одна больная с панкреатитом, развившемся на фоне деструктивного калькулезного холецистита, несмотря на выполненную абдоминализацию поджелудочной железы с перитонеальным диализом и дренированием забрюшинного пространства в сочетании с массивной медикаментозной терапией, полиорганная недостаточность прогрессировала и явилось причиной смерти.

Выводы

Таким образом наши исследования показали:

1. Улучшения результатов лечения больных острым панкреатитом можно добиться при использовании программированного лечения, в котором должны быть включены меры воздействия на все звенья этиопатогенеза этого тяжелого заболевания.

2. Эндогенная интоксикация при остром панкреатите является одним из первых проявлений, определяющих тяжесть течения болезни.

3. При выборе метода лечения при остром панкреатите и его объема, необходимо учитывать показатели степени тяжести эндотоксикоза не только однократно, но и в динамике, так как возможен ремитирующий характер течения эндогенной интоксикации.

Литература

1. Демидов, В.М. Повышение эффективности использования миниинвазивных технологий в комплексном лечении больных с острым деструктивным панкреатитом /В.М. Демидов, С.М. Демидов, Р.С. Вастьянов // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии: материалы XXII международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ. Ташкент. - 2015.- С. 150-151.
2. Савельев, В.С. Диагностика и лечебная тактика при панкреанекрозе /В.С. Савельев // Росс. мед. журнал. - 2006.- №5.- С. 9-14.
3. Султаналиев, Т.А. Результаты хирургического лечения острого деструктивного панкреатита /Т.А. Султаналиев, А.Т. Джумабеков, А.Ж. Артыкбаев // Вестник хирургии Казахстана. - 2012.- №2.- С. 64-65.
4. Schulz, H. Akute pancreatitis aetiologic, pathologische anatomie and Pathogenese /H. Schulz, E. Schulz // Zschr. inn. med.-2005.- Vol. 117, #8.- P. 467-475.
5. Изимбергенов, Н.И. Малоинвазивная хирургия в лечении панкреонекроза /Н.И. Изимбергенов, М.Н. Изимбергенов, А.С. Койшибаев // Инновации в хирургии: Материалы III конгресса хирургов Казахстана с международным участием, Вестник хирургии Казахстана. - 2012.- №1.- С. 65-66.
6. Конфигурация некроза поджелудочной железы и дифференцированное лечение острого панкреонекроза /Т.Г. Дюжева, Е.В. Джус, А.В. Шеффер и др. // Анналы хирургической гепатологии.- 2013.- Том 18, №1.- С. 92-102.
7. Прудков, М.И. Малоинвазивные технологии в лечении тяжелых форм острого панкреатита /М.И. Прудков, С.А. Совцов // Анналы хирургической гепатологии.- 2002.- Том 7, №1.- 207с.
8. Кубачев, К.Г. Лечебный алгоритм при остром билиарном панкреатите /К.Г. Кубачев, В.М. Комарницкий, Е.Г. Солоницын // Здоровоохранение Таджикистана. - 2012.- №1-2.-С. 42-49.
9. Новые технологии в диагностике и оперативном лечении постнекротических осложнений острого панкреатита /А.Б. Рейс, С.В. Морозов, В.Л. Полуэктов и др. // Омский научный вестник. - 2013.- №1.- С. 156-159.
10. Оморов, Р.А. Программированное лечение острых холециститов, осложненных перитонитом /Р.А. Оморов, У.Д. Имашов // Проблемы торакальной хирургии. - Бишкек. - 2000.- С. 122-125.
11. Пикин, И.В. Эндовидеохирургические вмешательства в диагностике и лечении острого панкреатита /И.В. Пикин // Хирургия. - 2013.- №2.- С. 19-23.
12. Van Sonnenberg, E. Percutaneous radiologic drainage of pancreatic abscesses /E. Van Sonnenberg, G. Wittich, K. Chon // Am J. ZRoentgenol.- 1997.- Vol. 168, #4.- P. 979-984.
13. Пункции и дренирование жидкостных скоплений при остром панкреатите и его осложнениях /Б.Л. Дуберман, Д.В. Мизгирев, А.Н. Пономарев и др. // Анналы хирургической гепатологии.- 2008.- №1.- С. 87-93.
14. Фирсова, В.Г. Ранние операции при остром панкреатите /В.Г. Фирсова, В.В. Паршинов, В.П. Градусов // Актуальные проблемы гепатопанкреатобилиарной хирургии: Материалы XXII международного конгресса ассоциации гепатопанкреатобилиарных хирургов стран СНГ, Ташкент. - 2015.- С. 190-191.
15. Triantopoulou, C. Complication of pancreatitis /C. Triantopoulou // Eur. Radiol. Suppl.-2008.- Vol. 18.- 40p.